



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15
MONTERREY, NUEVO LEÓN



**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS
ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No. 4 DE GUADALUPE, N.L., EVALUADO CON EL
INSTRUMENTO FF-SIL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TERESA RAMÍREZ LOERA



Monterrey, Nuevo León,

ABRIL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

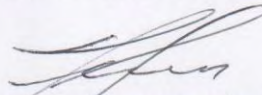
**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS
ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4
DE GUADALUPE, N.L., EVALUADO CON EL INSTRUMENTO FF-SIL**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

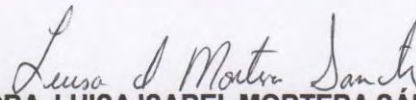
PRESENTA:

DRA. TERESA RAMÍREZ LOERA

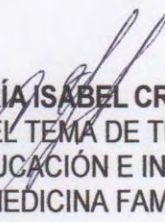
AUTORIZACIONES:



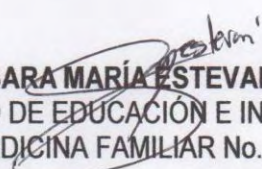
DRA. MARÍA LUISA HERNÁNDEZ VALDÉZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 15 MONTERREY, N. L.



DRA. LUISA ISABEL MORTERA SÁNCHEZ
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS
MEDICO INTERNISTA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 33



DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 66



DRA. SARA MARÍA ESTEVANÉ DÍAZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15, MONTERREY, N.L.

MONTERREY, N.L.

UNIVERSIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
U. N. L. P. No. 15

ABRIL 2010

**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS
ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No. 4 DE GUADALUPE, N.L., EVALUADO CON EL
INSTRUMENTO FF-SIL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

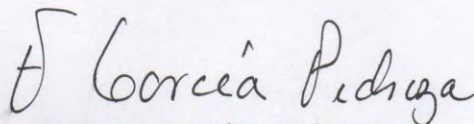
PRESENTA:

DRA. TERESA RAMÍREZ LOERA

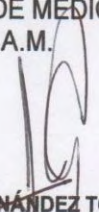
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TÍTULO:

**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS
ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No. 4 DE GUADALUPE, N.L., EVALUADO CON EL
INSTRUMENTO FF-SIL**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE GENERAL

1. Título.....	4
2. Índice general	5
3. Marco teórico	6
4. Planteamiento del problema	11
5. Justificación	12
6. Objetivos.....	13
7. Metodología.....	14
Población de estudio	15
Criterios de selección.....	16
Muestra.....	16
Variables del estudio	17
Plan de análisis.....	18
Instrumentos de recolección.....	19
Consideraciones éticas.....	21
8. Resultados	22
9. Discusión	26
10. Conclusiones.....	28
11. Referencias bibliográficas.....	29
12. Anexos.....	33

MARCO TEÓRICO

El asma bronquial es un proceso inflamatorio pulmonar crónico, asociado a la hiperrespuesta de la vía aérea con limitación del flujo aéreo y síntomas respiratorios secundarios a ésta, cursa con manifestaciones clínicas como respiración silbante, tos, sensación de opresión torácica y disnea súbita.¹ Es la enfermedad crónica más común en niños y adolescentes, con alta variabilidad de las tasas de prevalencia global en el mundo según la región y el método de medición, la OMS la estimó del 5 al 20%², sin embargo el ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia) por sus siglas en inglés, lo estima en un rango de 1.6-36.7%.³ En diferentes ciudades de México la prevalencia en promedio es de un 5-15 % en la edad pediátrica, así mismo, se ha señalado que entre 2001 y 2006 la tendencia del asma en niños menores de cinco años de edad tuvo un incremento de 31 %⁴; en cuanto a la tasa bruta de mortalidad por asma en el mundo estimada por la OMS en el año 2001 fue de 3,73 por 100.000 habitantes.⁵ La importancia del asma radica en su elevada prevalencia, en el carácter de enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida, al absentismo escolar y laboral y en los elevados costos sanitarios que genera.

Es aceptada la mediación de factores psicológicos y sociales en el asma bronquial que actúan de manera circular afectando los problemas del paciente a la familia y los de la familia al paciente.^{6,7} La morbilidad psiquiátrica mas asociada es la ansiedad, considerada como un factor desencadenante de crisis de asma y la depresión que se ha relacionado con la gravedad del asma.⁸ Así mismo, la responsabilidad de cuidar a un niño que no puede respirar, motiva a que en los padres se produzcan elevados niveles de temor y ansiedad.⁹ Los trastornos psicosociales producen alteraciones en la vida cotidiana del enfermo y su familia, no hay que considerarlos de forma aislada y no pueden ser ajenos al estudio del contexto familiar, ya que el funcionamiento familiar se ha relacionado estrechamente con el bienestar físico y psicológico de las personas. Vázquez y cols. mencionan que la cronicidad de la enfermedad, sus efectos negativos en la vida del enfermo y la sensación de amenaza para la vida que puede percibir el niño asmático pueden dar lugar a diversas alteraciones a nivel psicosocial, tanto paciente como en su entorno familiar.¹⁰ En Milwaukee, al dar seguimiento a los niños por un promedio de 1-3 años se encontró que la salud mental de la madre y el estrés

familiar tienen relación con el ajuste de comportamiento de los niños asmáticos.¹¹ Empíricamente se han encontrado indicadores de que hay mayor frecuencia de problemas emocionales en el grupo de padres de niños asmáticos que en el grupo control.¹² En la ciudad de México, D.F. se compararon adultos asmáticos con sanos y se encontró que la ansiedad es frecuente (30%) y la depresión menos común (8%)¹³, A nivel local en Guadalupe, N.L. se estudiaron los trastornos psicológicos más frecuentes en niños que acuden a la Clínica del niño asmático, los cuales fueron hiperactividad (21 %), labilidad afectiva (21%), alteraciones en el temperamento (15%) e impulsividad (15%).¹⁴

La enfermedad en un miembro de la familia representa un evento crítico en la que se experimentará estrés, que afecta no sólo al enfermo, sino a la familia como un todo¹⁵ y es ésta la que debe utilizar sus propios recursos en el proceso de salida de sus dificultades, así mismo, es importante explorar la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el grado de apoyo entre los miembros de la familia. Determinados factores familiares como presencia de conflictos o el grado de implicación parental (excesivo o mínimo) se han asociado con el nivel de adherencia terapéutica de niños asmáticos.¹⁶ La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹⁷ La homeostasis biológica y psicosocial del sistema familiar es resultado del funcionamiento familiar satisfactorio e influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes.¹⁸ Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, en la mayoría de las ocasiones se presentan como problemas clínicos específicos.

Un estudio en Venezuela al hacer una relación entre asma infantil y factores familiares coadyuvantes, los resultados revelan mayor frecuencia de crisis asmática en niños varones, en familias con padres juntos y sin conflictos familiares¹⁹, al igual que en Honduras donde se estudiaron los factores epidemiológicos y clínicos de niños con asma y tampoco se encontraron influencias de tipo familiar y social.²⁰ Sin embargo, en varios estudios se ha demostrado la asociación de la enfermedad con disfunción familiar, como el realizado en Brasil al evaluar el sistema familiar de niños asmáticos las dimensiones más afectadas fueron el proceso de la individuación dentro de la

familia, los conflictos familiares, la integración familiar y la cohesión, los papeles y la calidad de liderazgo dentro de la familia.²¹ Vázquez y cols., realizaron un estudio en pacientes asmáticos adultos y sus familias, encontrando disfunción en la dinámica de la familia del paciente adulto asmático en cuanto a sus funciones de adaptación, participación y crecimiento.²² En la ciudad de Morelia, Michoacán en el 2008 se utilizó la encuesta de Emma Espejel, donde el perfil en las familias de niños asmáticos correspondió a las características de familias psicósomáticas: rigidez, sobreprotección, evitación de conflicto y aglutinación.²³ En Guadalajara al aplicar el APGAR se encontró que disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias con pacientes asmático.²⁴

El Médico familiar es responsable de la atención integral y continua del individuo y su familia.²⁵ Se ha documentado que ellos y los médicos generales son los profesionales de salud que atienden a la mayoría (54 %) de los pacientes asmáticos²⁶, por lo que éste deberá mantenerse alerta en cuanto al tipo de apoyo familiar que deberá ofrecerles de manera directa o en coordinación con el equipo de salud.²⁷ La valoración de la familia, se realiza primordialmente con la valoración estructural y del funcionamiento familiar.²⁸

Existen algunos modelos y teorías para explicar el funcionamiento familiar las cuales se centran en un aspecto particular del funcionamiento familiar, la evaluación tradicionalmente se ha hecho con cuestionarios que evalúan la percepción de la persona acerca de su funcionamiento familiar, sin embargo, no hay una clasificación universalmente aceptada.

La teoría estructural de Minuchin considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales²⁹ y en la interacción de éstos miembros, se definen límites, alianzas, y roles que lograrán un funcionamiento adecuado o inadecuado. La teoría explicativa mencionada por Dr. Membrillo Luna, se basa en la capacidad adaptativa y de los recursos familiares con los que cuenta la familia.³⁰ La teoría interaccional de la comunicación se fundamenta en que toda conducta es comunicación, la cual es esencial para entender el proceso salud enfermedad³¹, considera la comunicación como un indicador de su grado de funcionalidad. En cuanto a los modelos de funcionamiento familiar podemos mencionar el Modelo de funcionamiento familiar de Mc Master, el cual se basa en el enfoque global de la

familia, valora estructura, organización y patrones transaccionales¹⁷, en éste se suele trabajar con la familia, no sólo con el enfermo en el contexto psicológico y social de sus miembros. El FAD (The Family Assessment Device) fue diseñado por Epstein, Bishop y Baldwin, identificando problemas y operacionalizando el Modelo de Funcionalidad familiar Mc Master (MFF), valora seis dimensiones que son: solución de problemas, comunicación, expresión e involucramiento afectivo, roles familiares y control de conducta.

El Modelo sistémico de Beavers para la funcionalidad familiar: se basa en dos dimensiones, el primero relacionado con la estructura, flexibilidad adaptativa y competencia y el segundo el estilo de la familia. El SFI (The Self-Report Family Inventory) operacionaliza éstas dimensiones, contiene 36 ítems y tiene una consistencia interna de 0.86.³²

El Modelo circunflejo marital y sistémico familiar: integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar la adaptabilidad, cohesión y comunicación. Da como resultado cuatro niveles, los internos son “normales” y los más altos y más bajos “extremos”. La Escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III), fue desarrollada por Olson y cols. para operacionalizar dos de las tres dimensiones, consta de 20 reactivos que valoran las dimensiones de adaptabilidad y cohesión.³³

El Modelo del ambiente familiar de Moss: hace énfasis en las relaciones interpersonales de los miembros de la familia²⁹ no es respaldado por un modelo en particular. Fue operacionalizado por el instrumento The family environment Scale (FES), se basó en los constructos de sistema personal, familiar y ambiental.

La Clasificación triaxial de la familia: es un sistema basado en 3 ejes de información, cada uno agrupa un tipo de disfunción de la familia. Eje I: Aspectos del desarrollo familiar en éste las disfunciones son descritas en la dimensión histórica de la familia. Eje II: Disfunción en los subsistemas familiares, se analizan las relaciones disfuncionales entre los subsistemas y el Eje III: se valoran las disfunciones de la familia como sistema.

En el IMSS existe el documento DF-5/94. Clasificación de las disfunciones familiares IMSS y el DF-2/94 es un Instructivo para elaborar el diagnostico de disfunción familiar por un especialista en medicina familiar. Otro es el Apgar familiar: Elaborado por el médico familiar Smilkstein, 1978. Es un instrumento breve, consta de 5 reactivos que

valoran los conceptos de adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución.³⁴ El presente estudio evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar, determinando el grado de funcionalidad familiar en familias de niños asmáticos comparándolo con familias de niños no asmáticos, utilizando el instrumento FF SIL.

La escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) fué diseñado por Ortega, de la Cuesta y Dias (1999), Master en Psicología de Salud, en el Municipio de Playa de Cuba y validado en ese mismo país^{35, 36, 37} es útil para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia.

Es sencillo y de fácil comprensión, consta de 14 preguntas, dos ítems por cada uno de los conceptos que definen el funcionamiento familiar éstas son: cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y según los resultados se dividirá en grados de Funcionalidad Familiar: 1) Funcional 2) Moderadamente funcional, 3) Disfuncional y 4) Severamente disfuncional. La cohesión se refiere a la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones; al equilibrio emocional positivo entre los intereses personales y de la familia se le llama armonía, y a la forma de demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros definen la afectividad. La permeabilidad es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias y a la expresión de éstas experiencias se le llama comunicación. Así mismo, cada miembro tiene un rol, es decir, tiene responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar; la capacidad cambiar sus roles y reglas cuando se requiera se le llama adaptabilidad. El test FF-SIL se ha utilizado para evaluar la funcionalidad familiar de niños con diagnóstico de epilepsia³⁸, niños accidentados³⁹, adultos en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica⁴⁰, sin embargo, en la bibliografía revisada no se encontró investigación en niños asmáticos realizados con éste instrumento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El asma infantil en México en el 2005 ocupó el 16° lugar como causa de enfermedad nacional; en el Hospital General de Zona No. 4 del IMSS en Nuevo León ocupa el primer lugar como causa de consulta externa pediátrica y el tercer lugar como causa de internamiento hospitalario. Además de su alta prevalencia, se ha asociado a absentismo escolar y laboral, altos costos económicos, alteraciones psicológicas y en la calidad de vida del paciente y su familia.

En el abordaje psicosocial de las enfermedades se debe explorar al enfermo y su entorno familiar, sobre todo en las de curso crónico como el asma bronquial, ya que a pesar de ser un problema de salud pública importante en nuestro país, es común que sólo se haga el enfoque biológico; llama la atención en los últimos años el papel de los factores psicosociales como elementos determinantes de mal pronóstico en los asmáticos de más difícil control.

Se ha dado poca importancia a los efectos en la familia de los problemas emocionales con los que se asocia la enfermedad, los cuales además de tener repercusiones en la frecuencia y gravedad de las crisis de asma, alteran la vida cotidiana familiar. Desde la perspectiva médico familiar creo necesario determinar la funcionalidad familiar a través de instrumentos que nos midan el grado de función de la familia de los niños asmáticos y compararla con la de niños no asmáticos, y valorar su capacidad de mantener la homeostasis biológica y psicosocial, así como el conocimiento de los mecanismos por los cuales las familias de niños asmáticos afrontan la enfermedad. En base a lo anterior me planteo la pregunta:

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar en niños asmáticos comparado con niños no asmáticos?

JUSTIFICACIÓN

El asma bronquial es la enfermedad crónica más común en niños y adolescentes, en México hubo un incremento del 31 % en la tendencia del asma en menores de cinco años entre el 2001 y 2006, es la primera causa de consulta externa pediátrica en segundo nivel del IMSS, a nivel local en la Unidad de Medicina Familiar No. 30 del IMSS, el asma infantil durante los últimos 5 años, ha estado dentro de los primeros 5 motivos de consulta en general en el grupo etáreo de 0-9 años de edad.

Como Médico Familiar considero importante tener un panorama amplio del manejo del asma infantil, ya que se ha valorado el impacto que tiene la enfermedad sobre la vida diaria en los aspectos emocionales, sociales y actividad física, sin embargo, el impacto en la familia con la medición objetiva del funcionamiento familiar en niños asmáticos, se ha abordado en pocos estudios, a pesar de considerarse de gran ayuda, para el conocimiento integral del paciente en primer nivel de atención.

Por lo que necesitamos investigar los aspectos psicosociales de la enfermedad, además del factor biológico y valorar qué relación existe entre el funcionamiento familiar y el asma bronquial, ya que nos permitirá el abordaje integral del enfermo y su familia, con el fin de mejorar las intervenciones psicoeducativas, para mejorar la calidad de vida y el pronóstico del paciente, así como las consecuencias emocionales del asma en las familias de los pacientes, e incluso prevenir que otro miembro o el grupo en su totalidad pueda enfermar. Por lo que en este estudio se analizaron los grados de funcionamiento familiar con la presencia o ausencia de asma bronquial.

OBJETIVOS

Objetivo:

1. Comparar el grado de funcionalidad familiar que existe en niños asmáticos y no asmáticos.

METODOLOGÍA

CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

SEGÚN MANIPULACIÓN DEL FACTOR DE ESTUDIO

ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

a) EXPERIMENTAL O ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO / /

No ciego ()

Ciego ()

Doble ciego ()

b) CUASI EXPERIMENTAL O ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIO / /

No ciego ()

Ciego ()

Doble ciego ()

ESTUDIOS SIN INTERVENCIÓN

c) OBSERVACIONAL / X /

C.1 DESCRIPTIVO

Estudio de casos / /

Transversal no comparativo o de
Prevalencia / /

C.2 ANALÍTICO O COMPARATIVO

Transversal comparativo / X /

Casos y controles / /

Cohorte / /

Otro _____

SEGÚN EL NÚMERO DE MEDICIONES

a) UNA SOLA MEDICIÓN | X |

b) DOS O MAS MEDICIONES (LONGITUDINAL) | |

SEGÚN LA RELACIÓN CRONOLÓGICA ENTRE EL INICIO DEL ESTUDIO Y LA OBSERVACIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

a) PROSPECTIVO O ACTUAL | X |

b) RETROSPECTIVO O HISTÓRICO | |

c) AMBIESPECTIVO | |

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo, en el que se compara el grado de funcionalidad familiar en familias de niños asmáticos y familias de niños no asmáticos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

La población estuvo constituida por 36 familias con un hijo (s) de 5 a 10 años de edad, con diagnóstico de asma bronquial de acuerdo a los criterios de Global Initiative for Asthma (GINA, 2006) que acudieron al Campamento de verano del niños asmático del Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalupe, N.L. en el mes de Julio y Agosto del 2009.

Así mismo, un grupo comparativo de 36 familias con un hijo (s) de 5 a 10 años de edad que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalupe, N.L., que acudan por un padecimiento no respiratorio, que no tengan ni hayan tenido asma, que cumplieron con los criterios de inclusión; estas familias se obtuvieron en el mismo periodo de Julio – Agosto del 2009.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No se determinó tamaño de muestra ya que se trabajó con el total de familias con niños asmáticos que acudieron al campamento de verano. Para el grupo comparativo de familias con niños no asmáticos la selección se realizó mediante un método de conveniencia en el periodo de Julio - Agosto del 2009, pareándola en género y edad con los niños asmáticos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Grupo de familias con niños asmáticos:

- Familias con niños asmáticos de 5 a 10 años de edad que acudan a campamento de verano del HGZ No. 4 del IMSS.
- Que acepten participar en el estudio.

Grupo de familias con niños no asmáticos:

- Familias con niños no asmáticos de 5 a 10 años de edad, que acuden a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 30 del IMSS.
- Que no cursen con enfermedades de las vías respiratorias.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Familias con padres divorciados o padres solteros.
- Familias donde hubiera otro hijo que curse con algún padecimiento crónico.

Criterios de eliminación para ambos grupos:

- Instrumentos de medición que hayan sido contestados en forma incompleta.

MUESTRA

Técnica muestral:

Grupo de familias con niños asmáticos: Muestro no probabilístico por censo, se trabajó con el total de familias con niños asmáticos que acudieron al campamento de verano.

Grupo de familias con niños no asmáticos: La selección se realizó mediante un método de conveniencia de niños que acudieron a consulta externa en el periodo de Julio - Agosto del 2009, hasta completar el mismo número de familias con niños asmáticos, pareándolo en género y edad.

Cálculo del tamaño de la muestra:

No necesaria, se realiza el muestreo en relación al censo.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES DEL ESTUDIO				
Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Variable dependiente Funcionalidad familiar	<p>Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa</p>	<p>La funcionalidad familiar se operacionaliza a través de una escala de Likert y los indicadores de cohesión, adaptabilidad, permeabilidad, afectividad, rol, comunicación y armonía, clasificándose a través del puntaje obtenido en:</p> <p>57 – 70 Funcional 43 – 56 Moderadamente Funcional 28 – 42 Disfuncional 14 – 27 Severamente Disfuncional</p>	Ordinal	Encuesta FF-SIL
Variable independiente Niños de 5 a 10 años de edad	<p>Miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y/o matrimonio, con un integrante en edad pediátrica que presente cuadro compatible con asma bronquial.</p>	<p>La población de niños de 5 a 10 años se operacionalizará de la siguiente forma:</p> <p>a) Niño asmático según los criterios diagnósticos de Asma de GINA</p> <p>b) Niño no asmático</p>	Nominal	Expediente clínico

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez aplicado el test, el procesamiento estadístico se realizó con el programa Excel 2007, se analizaron los grados de funcionalidad familiar con la presencia o ausencia de asma bronquial en familias de niños de 5 a 10 años de edad, se hizo el cruce de las variables del estudio y se presentaron los resultados en tablas y gráficos. La comparación de los grupos con y sin asma se calculó mediante la prueba de Chi cuadrado, empleando un IC de 95 % para las variables dependiente e independiente, aceptando un significancia estadística menor del 5 % ($p < 0.05$).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El instrumento utilizado fue el Test FF-SIL, desarrollado por Ortega, de la Cuesta y Dias en 1999, Conductora Municipal de Educación Permanente y dos colaboradoras, en el Municipio Playa de Cuba; tiene como propósito la evaluación cuantitativa y cualitativa de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, a través de la percepción de un miembro de la familia sobre sí mismo y los demás integrantes de la familia. Es una encuesta autoplicable que consta de 14 preguntas, la puntuación se obtienen por la suma de los ítems, las respuestas se puntúan del 1 al 5 de acuerdo a una escala de Likert, con cinco probables respuestas: (casi nunca: 1, pocas veces: 2, a veces: 3, muchas veces: 4, casi siempre: 5), tiene una consistencia de 0.83. La encuesta se aplicó al padre o madre que acompañara al menor al momento de la consulta, previo consentimiento informado (Anexo 1)

La calificación de funcionamiento familiar se hará de acuerdo a una escala de Likert, en base a las puntuaciones conseguidas en la misma encuesta, se denominará (Anexo 2): Funcional (70 - 57 puntos), Moderadamente funcional (56 - 43 puntos), Disfuncional (42 - 28 puntos), Severamente disfuncional (27 - 14 puntos).

Además consta de 7 vectores, dos ítems por cada uno de los siguientes conceptos que definen el funcionamiento familiar: cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad,

Cohesión (reactivos 1 y 8), unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía (reactivos 2 y 13), correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación (reactivos 5 y 11), los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad (reactivos 7 y 12), capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad (reactivos 4 y 14), capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles (reactivos 3 y 9) cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad (reactivos 6 y 10) habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas que a continuación se enuncian se derivan del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Seres Humanos (SSA 1987). Los datos de los participantes fueron usados por los actores solamente para fines de la investigación. Se tomó en cuenta para este estudio lo establecido en el título I, capítulo 1, artículo 13 que establece el criterio al respeto a la dignidad humana y protección de sus derechos y bienestar, esto se tomó en cuenta al solicitar autorización a las autoridades correspondientes de los hospitales seleccionados, además de explicarle al paciente y sus familiares en qué consistía el estudio.

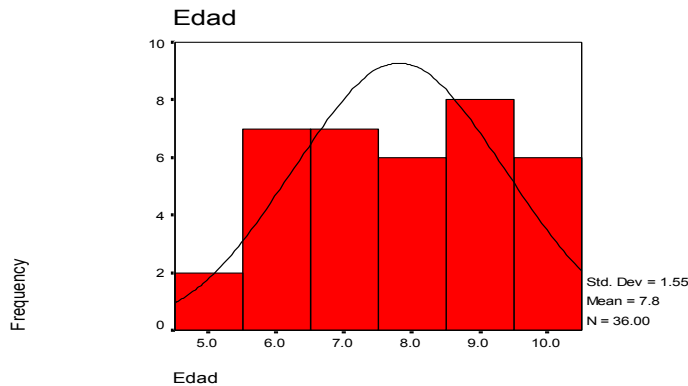
Artículo 16: se protegió la privacidad de los individuos sujetos al estudio, los datos fueron manejados de forma confidencial.

Artículo 17, fracción I, se consideró una investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en la variable física, psicológica, social del sujeto.

RESULTADOS

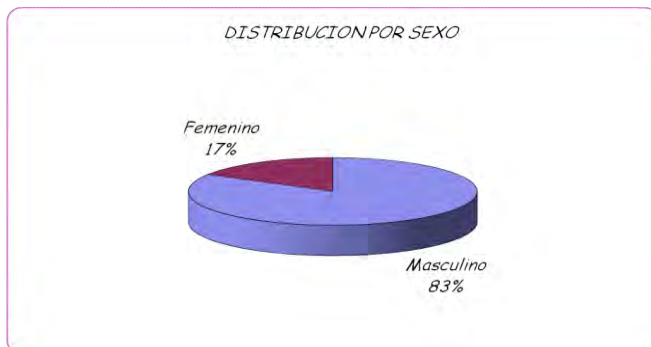
Se estudiaron 72 familias divididas en dos grupos, el rango de edad de los niños fue de 5- 10 años, con un promedio de 7.8 años (Gráfica No. 1) ambos grupos lo conformaron 30 niños y 6 niñas entre 5 y 10 años de edad (Gráfica No. 2). No hubo pacientes eliminados o excluidos.

Gráfica No. 1 Distribución por edad del grupo de niños asmáticos.



Fuente: Encuesta

Gráfica No. 2 Distribución por sexo



Fuente Encuesta

En la evaluación de la funcionalidad familiar del grupo de niños con asma, 20 niños (55 %) tienen una familia funcional, 12 (33.3 %) moderadamente funcional y 4 (11.1 %) tienen familia disfuncional (Gráfica No. 3). En comparación con el grupo de niños sin asma en que 25 niños (69.4 %) tienen familia funcional, 9 (25 %) moderadamente funcional y 2 (5.5%) tienen familia disfuncional (Gráfica No. 4)

Grafica No. 3 Funcionalidad familiar en el grupo de niños con asma.



Fuente: instrumento FF-SIL

Gráfica No. 4. Funcionalidad familiar en el grupo de niños no asmáticos.



Fuente: instrumento FF-SIL

De acuerdo al análisis estadístico, la correlación de la funcionalidad familiar de niños asmáticos comparada con no asmáticos, no hubo predominio de algún nivel de funcionalidad familiar: familia funcional con X^2 de 0.56 ($p > 0.05$), la familia moderadamente funcional Chi de 0.43 ($p > 0.05$) y la familia disfuncional de 0.67 ($p > 0.05$); de acuerdo a la información recabada, el grupo de familias de niños sanos, tienen mayor porcentaje de familias funcionales que las familias con niños con asma, sin que exista diferencia estadística ($p > 0.80$); pero tanto, en las familias de niños asmáticos como no asmáticos hay predominio de familias funcionales, con una significancia estadística ($p < 0.05$) (Tabla 1).

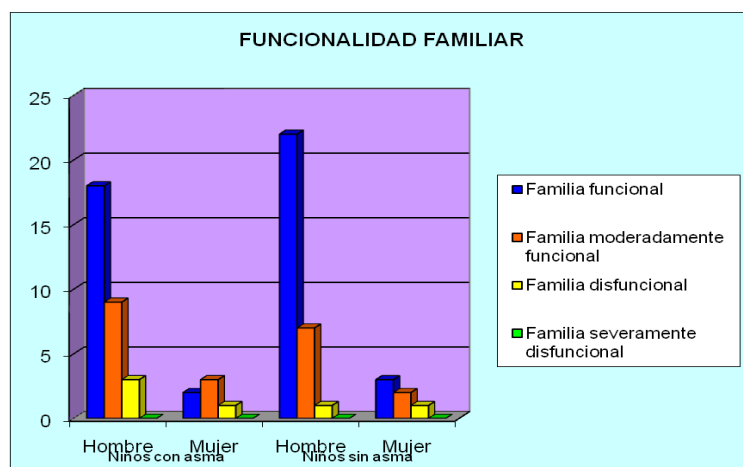
Tabla1. Comparativo de grado de funcionalidad familiar

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	ASMÁTICOS (n=36)		NO ASMÁTICOS (n=36)		p= X ²
	n	(%)	n	%	
FUNCIONAL	20	(55.5)	25	69.4	>0.80
MODERADAMENTE FUNCIONAL	12	(33.3)	9	25	
DISFUNCIONAL	4	(11.11)	2	5.5	

p=X²

Al correlacionar género y grado de funcionalidad familiar no hay diferencia estadísticamente significativa hacia algún grado de función familiar, tanto en asmáticos como no asmáticos (Gráfica No. 5). Cabe aclarar que el grupo de familias severamente disfuncionales por no tener número de familias (0), no se toman en cuenta.

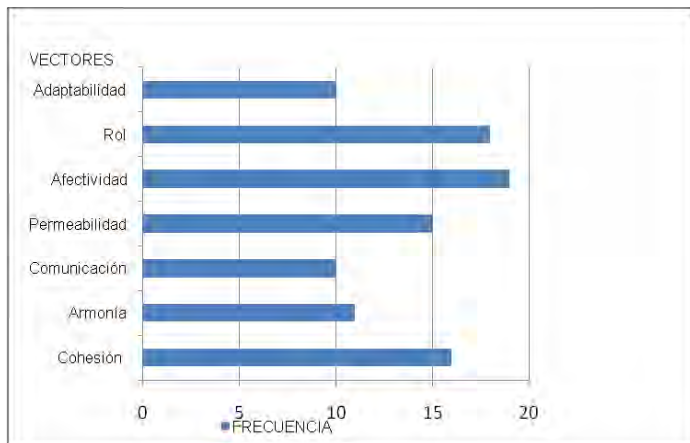
Gráfica No. 5. Relación de funcionalidad familiar y género



Fuente: Instrumento FF-SIL

En las familias de niños asmáticos al valorar los componentes que definen el funcionamiento familiar en el Test FF-SIL, los puntajes más bajos fueron en comunicación y adaptabilidad, y con mayor puntaje se encontró la demostración de afecto y cumplimiento de responsabilidades (Gráfica No. 6).

Gráfica No. 6. Componentes del funcionamiento familiar en niños asmáticos.

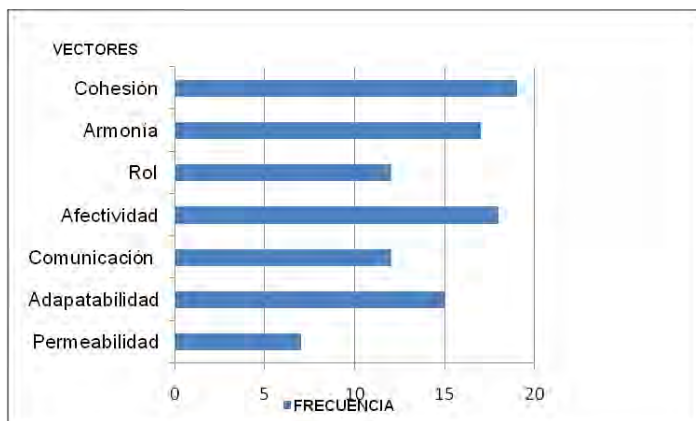


Fuente: Encuesta

- ◆ Funciones de la familia que dieron mayor puntuación

En el grupo de niños sanos la comunicación y permeabilidad obtuvieron el más bajo puntaje, con un mayor puntaje en cohesión y afectividad (Gráfica No. 7).

Gráfica No. 7. Componentes del funcionamiento familiar en niños no asmáticos



Fuente: Encuesta

- ◆ Funciones de la familia que dieron mayor puntuación

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo no se incluyeron familias donde se ha documentado impacto en la funcionalidad familiar, como en la investigación de Martínez-Pampliega⁴¹ en donde las familias con padres divorciados presentaron una disminución en la calidad de las relaciones parentales y una menor satisfacción familiar; así como pacientes con otras enfermedades crónicas como pacientes con epilepsia³⁸, insuficiencia renal crónica⁴² y artritis reumatoide juvenil⁴³, que se han asociado a disfunción familiar. Todos nuestros casos tenían asma leve intermitente, por lo que no se puede correlacionar con gravedad de la enfermedad; Sawyer⁴⁴ comparó calidad de vida, severidad del asma y funcionamiento familiar, no encontrando relación entre la salud física y el funcionamiento familiar; a sí mismo, el estudio de Dávila¹⁸ reveló mayor frecuencia de crisis asmática en familias con padres juntos, sin conflictos familiares.

La asociación entre el asma bronquial y la disfunción familiar ha sido reportada con diferentes instrumentos, los existentes no miden directamente la funcionalidad familiar, sino dimensiones específicas de acuerdo con un punto de vista particular.³² La Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel evalúa nueve áreas: apoyo, recursos, afecto, conducta disruptiva, afecto negativo, comunicación, autoridad, supervisión y control, consta de 40 preguntas a través de una entrevista abierta y dirigida, requiere habilidad del entrevistador para obtener resultados precisos¹⁷, se ha usado para evaluar familias nucleares con un hijo asmático, encontrando el perfil de familias psicósomáticas²³; el instrumento FACES III evalúa tres dimensiones de la funcionalidad familiar adaptabilidad, cohesión y comunicación, es práctico y confiable, se aplicó a los padres de niños de un programa de asma, en donde se documentó tendencia a los extremos²¹; el APGAR valora adaptabilidad participación, crecimiento, afecto y resolución, aunque debido a la brevedad del instrumento es poca la información que puede proporcionar³², fue aplicado a pacientes asmáticos adultos, los cuales poco menos de la mitad de las familias cumplen las funciones familiares²²; con éste mismo instrumento pero comparando pacientes pediátricos con y sin asma se documentó asociación de la enfermedad con la disfunción familiar.²⁴ Nuestro estudio se basa en la escala FF-SIL que dimensiona áreas como cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad; permitió

evaluar la asociación entre la disfuncionalidad familiar y el asma bronquial, los resultados difieren con las referencias mencionadas, ya que en nuestro estudio la mayoría de las familias estudiadas cumplen con sus funciones fundamentales, lo que sugiere que debe existir mecanismos de autorregulación que llevan al mantenimiento del equilibrio en el sistema transaccional de la familia. Los resultados obtenidos muestran similitud con los estudios realizados en Venezuela por el Dr. Dávila¹⁸ en el cual 58.25% de las familias negaron la presencia de conflictos familiares, 21.36 % conflicto leve, 13.59% conflicto moderado y el 6.80 % conflicto severo; así como con el estudio realizado en Honduras por el Dr. Ponce¹⁹ donde el ambiente familiar de los pacientes asmáticos estudiados, 79 % se reportó sin problemas familiares y 20 % con problemas familiares. De acuerdo a nuestros resultados, se observó que en ambos grupos estudiados no predominaron las familias extremas, en relación a lo anterior Álvarez⁴⁵ estudió familias con hijo con parálisis cerebral encontrando que el tipo de relación de las familias psicósomáticas no siempre aparece en enfermedades crónicas. En cuanto al grupo comparativo, la mayoría de las familias encontradas en esta población pueden ser consideradas como funcionales, situación observada por Mendoza⁴⁶ en un estudio realizado en población abierta en el primer nivel de atención, donde 43% de familias estaban en rango medio, un 41% eran familias balanceadas y un 16% extremas.

Existen otras características sociales y familiares que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia y que no fueron evaluadas en éste estudio como la etapa del ciclo vital, cultura familiar, calidad de vida, religión, escolaridad, nivel socio económico, etc.⁶

CONCLUSIONES

La familia, considerada como un recurso y principal fuente de apoyo social, toma relevancia en las enfermedades crónicas infantiles como el asma bronquial, en donde su influencia positiva puede aumentar la resistencia a la enfermedad. En medicina familiar la evaluación psicosocial además de la biológica, incluyendo el contexto familiar, nos permitirá el abordaje integral multidisciplinario, permitiendo fortalecer los recursos de la familia para el afrontamiento positivo de la enfermedad.

La medición de la funcionalidad familiar es un reto para el médico de familia, ha sido poco evaluado en los países latinos, algunos instrumentos no han sido traducidos al español o transculturizados, así mismo, algunos son muy extensos lo que dificulta su aplicación e interpretación. La escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL), instrumento utilizado en nuestro estudio, fue diseñado en español, en una población con características socioculturales similares a nuestro país, nos permitió una perspectiva interna de los componentes del funcionamiento familiar realizando un tamizaje para valorar las pautas y reglas de la interacción familiar.

En nuestro estudio, en ambos grupos de familias estudiadas predominaron las familias funcionales, así mismo, el género no influyó en el grado de funcionalidad familiar. Consideramos importante la comparación con otros instrumentos de medición, así como la evaluación de la estructura familiar para explicar la varianza obtenida. Aunque no se demostró asociación entre disfunción familiar debemos considerar que se incluyeron familias que participan en un programa de apoyo a los niños, lo cual probablemente excluya familias disfuncionales que en otros casos se detectarían, lo que pudiera ser debilidad de nuestra investigación, además

el número de familias encuestadas y el tipo de población participante. Sin embargo, sigue siendo importante para el médico familiar, ya que el encontrar un adecuado instrumento de medición para funcionalidad familiar en este tipo de pacientes es la piedra angular para detectar factores de riesgo psicosociales para la evolución de la enfermedad y ver la posibilidad de incidir en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006. Disponible en: www.ginasthma.org
2. European Commission or the World Health Organization. Prevalence of asthma and allergies in children 2007. Citado en Mayo del 2007. Disponible en: www.euro.who.int
3. Lezana V, et al. Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica disponible en <http://www.neumologia-pediatrica.cl>
4. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Epidemiología, SSA. Mayo 2008.
5. OMS. Proyecciones de mortalidad para el año 2001. Disponible en www.who.int
6. Jáuregui PI Y cols. Asma y factores psicosociales. *Alergol Inmunol Clin* 2004; 19: 101-109.
7. Fabr  OD, et al. Indicadores psicológicos durante las exacerbaciones. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. *Rev Alerg M x* 2005; 52(4):161-70.
8. Consenso Mexicano de Asma en Neumología y Cirugía de Tórax Vol. 64 Supl 1 2005, Ed. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax.
9. Ladebauche P. "Managing asthma: a growth and development approach". *Pediatric Nurs* 1997; 23 (1):37-44
- 10 Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. Tratamiento comportamental del asma bronquial. En J.M. Buceta y A.M. Bueno, *Modificaci n de Conducta y Salud*. Madrid: Eudema Universidad, 1990 pp. 292-320.
11. Klinnert MD Family Psychological Factors in Relation to Children's Asthma Status and Behavioral Adjustment at Age 4 Family Process Volume 47, Issue 1 , Pages41 - 61
12. Reichenberg K y Broberg AG. Emotional and behavioural problems in Swedish 7- to 9- year olds with asthma. *Chronic Respiratory Disease* 2004; 1:183-9
13. Espinoza Leal FD y col. Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Rev Alerg Mex* 2006; 53 (6): 201-6

14. Rendón PE, Manzur GF, Trastornos psicológicos más frecuentes encontrados en pacientes de la clínica del niño asmático de un hospital de segundo nivel. Rev. Salud Pub y Nutrición: Especial No. 10- 2007
15. Garza E.T. Trabajo con familias. Editado por la Secretaría de Extensión y Cultura de la U.A.N.L. 2^{da} ed., 2009
16. Cabanes CL Calvo SR Figueroa MJ Monografía: Asma y Educación. Disponible en [www. Neumoped.org/docs/Asma y educación 2008](http://www.Neumoped.org/docs/Asma_y_educación_2008)
17. Huerta GJ. Medicina familiar: La familia en el proceso de salud enfermedad. Ed. Alfil. Primera ed. México D.F. 2005; p 15
18. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Arch Med Fam Vol 7 (1) 2005; p Disponible en www.medigraphic.com.mx
19. Dávila E. Asma infantil: conductas de los padres y factores coadyuvantes. Rev. Med de Fam. Vol.12:1 Ene-jun. 2004; p 18-21
20. Ponce QO Factores Epidemiológicos y Clínicos del Asma Bronquial Rev Med Hondureña. Vol. 57 -1989 114-118
21. Sarria y cols. Cohesión y adaptabilidad en niños brasileños con asma VII Congreso Latinoamericano de Neumología Pediátrica y XI Congreso Latinoamericano de Fibrosis Quística. Disponible en <http://www.neumologia-pediatria.cl>
22. Vázquez F, Santos A, Martínez J, Caballero F, Morales F, Prado S. El paciente asmático y su dinámica familiar. Rev Alerg Mex 2003; 50(6): 214-219.
23. Rodríguez Orozco y cols. Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. Salud Mental 2008; 31 (1) 863-68
24. Guzmán PJ y Cols., Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia Comunitaria, Vol. 40, N°. 11, 2008, págs. 543-548
25. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Med. Fam. Mex. 2da ed. México, D.F. 2004; p 146
26. López PG y col. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la Ciudad de México. Rev Alerg Méx 2009; 56(3):72-79
27. Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM Vol.47 (6) Nov-Dic 2004; p 252

28. Gómez-Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. Fundamentos de Medicina Familiar, 5ª ed. Med Fam Mex, 1998, p 101-140
29. Minuchin S. Familias y Terapia familiar, 4ª Reimpresión. México: Gedisa, 1989
30. Anzures CR, Chavez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. Cooperativo Intermédica .S.A. de C.V. 1ª ed., 2008
31. Ocampo BP Elementos para el estudio médico de la familia. Una perspectiva psicosocial. Aten Fam 2007; 14(3):65-6
32. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam 1999; p 56.
33. Gómez-Clavelina FJ, y cols. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. Arch Med Fam 1999; 1(3):73-79
34. Bellon SJ y cols Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. Aten prim 1996; 18(6): pp. 289-296
35. De la Cuesta D. Louro I y cols. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994.
36. De la Cuesta y cols. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev. Cub Med Gen Int 1996; 12 (1)
37. Louro I, Infante O, De la Cuesta D. Pérez E, González I, Pérez C, Pérez C. et al. Manual de Intervención en Salud Familiar. Editorial Ciencias Médicas, 2002. Ciudad de la Habana, Cuba, pp. 26-31
38. Vargas-Mendoza, J.E. y Sánchez-Vásquez, I. Funcionamiento familiar de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia. Centro Regional de Investigación en Psicología; 3:1, 2009 Pág. 23-29.
39. Vallejo R. Unidad familiar en enfermería. Cuba: Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío". 2004
40. Sandoval ML Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis hospital obrero nº2 Rev. Méd. Soc. Cochabambina Med. Fam. 1:1 www.socomefa.com Enero, 2009
41. Martínez PA, Sanz M, Iraurgi I, Iriarte L. Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. Síntesis de Resultados de una línea de investigación. La Revue du REDIF 2009, Vol. 2, pp.7-18 Disponible en www.redif.org

42. Rodríguez ÁG et al. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102
43. J. Díaz Curiel El modelo de funcionamiento familiar psicossomático: estudio en familias de niños con artritis reumatoide juvenil. Psiquis, 2000; 21(6): 293-300
44. Sawyer MG et al. The relationship between asthma severity, family functioning and the health related quality of life of children with asthma. Quality of life Research. Vol 9(10): 1105-1115
45. Álvarez RA y cols. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil. Rev Mex de Medicina Física y Rehabilitación 2005; 17:3 pp. 71-76
46. Méndozá-Solís LA.. y cols. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Aten Prim Arch en Med Fam. Vol. 8 (1) enero-abril 2006, pp. 27-32

ANEXOS

ANEXO 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO:

Acepto participar en el protocolo de Investigación: **“Comparación de la funcionalidad familiar en niños asmáticos y no asmáticos del Hospital General de Zona No. 4 de Guadalupe, N.L., evaluado con el instrumento FF-SIL”**, con número de registro del proyecto ante el Comité Local de Investigación R-2009-1909-15 en el conocimiento de que se utilizará para actividades académicas, guardando la confidencialidad, sin perjuicio mío, ante lo cual declaro mi aceptación y la presente autorización.

Firma del tutor

Responsable del proyecto
Dra. Teresa Ramírez Loera.
No. Mat. 11729805

Guadalupe. N.L. 2009

ANEXO 2. Prueba FF-SIL: A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					